

Мартов Ю.Б., Щастный А.Т.,
Подолинский С.Г.

ВЫБОР МЕТОДА ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

/ Витебск /

Одним из основных этапов в лечении больного распространенным перитонитом, является хирургическая операция, представляющая собой многогранный комплекс последовательно выполняемых процедур и манипуляций. Этап завершения оперативного вмешательства в этом комплексе представляется наиболее важным, так как от технического исполнения, а главное от тактического выбора во многом зависит судьба пациента.

В клинике проведен анализ лечения 217 больных с распространенным перитонитом (больные с послеоперационным перитонитом в настоящей работе не анализируются). Причиной возникновения перитонита были острые и хронические заболевания, а также травмы органов брюшной полости.

По стадии течения распространенного перитонита больные распределились следующим образом: реактивная фаза 76 пациентов, токсическая фаза - 79, терминальная фаза - 62 пациента.

Хирургическое вмешательство у больных в реактивной фазе включало в себя широкую лапаротомию, удаление источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости. Декомпрессия кишечника осуществлялась неоднократно (2 раза в сутки) аспирацией желудочно-кишечного содержимого через назогастральный зонд. Санация брюшной полости носила одномоментный характер, дренирование зависело от источника перитонита. Существенных осложнений, потребовавших повторных вмешательств в группе больных с реактивной фазой перитонита, мы не наблюдали. Летальность составила 1,03% (больной умер от повторного обширного инфаркта миокарда).

Больные с распространенным перитонитом в токсической фазе (79 пациентов) в зависимости

от метода завершения операции были разделены на 3 группы:

Группа 1: Больные, которым проводилась одномоментная санация брюшной полости на операционном столе после удаления источника перитонита и дренирование брюшной полости - 38 пациентов (48,1%);

Группа 2: Больные, у которых использован метод фракционного перитонеального лаважа - 16 пациентов (20,3%);

Группа 3: Больные, у которых оперативное вмешательство и дренирование брюшной полости проводилось по методу А.В.Шотта - 25 пациентов (31,6%).

При анализе клинических результатов лечения больных первой группы у 8 больных выявлены осложнения, связанные с методом завершения хирургического вмешательства и проводимой декомпрессии кишечника: у 4 больных в послеоперационном периоде выявлен прогрессирующий перитонит (все больные погибли в раннем послеоперационном периоде), у 3 больных послеоперационный период осложнился эвентрацией в гнойную рану на фоне некоррегируемого нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, что в 2 случаях привело к летальному исходу. В одном наблюдении в послеоперационном периоде развилась ранняя спаечная непроходимость кишечника в зоне дренажа подпеченочного пространства, что потребовало релапаротомии.

Летальность среди больных первой группы составила 15,7% (6 больных).

Во второй группе больных, где выполнялся метод фракционного лаважа в послеоперационном периоде у 6 больных (37,5%) выявлены осложнения: нагноение послеоперационной раны и прекращение перитонеального лаважа у двоих, продолжающийся перитонит у 3, подпеченочный абсцесс у 1 больной. Летальность составило 12,5% (2 пациента).

В третьей группе больных, у которых вариантом завершения оперативного вмешательства был избран метод А.В.Шотта, в послеоперационном периоде осложнения отмечены у 3 (12,0%) больных (прогрессирование перитонита - 2 пациента; нагноение операционной раны с подкожной эвентрацией - 1 больной. Двое больных с прогрессирующим перитонитом умерли на фоне тяжелой сопутствующей патологии (один больной старческого возраста с перфорацией опухоли толстой кишки и один - с острым панкреатитом и тромбозом легочной артерии).

Анализируя послеоперационные осложнения и летальность после различных вариантов завершения хирургического вмешательства у больных с распространенным перитонитом в токсической фазе мы отметили, что в первой группе больных общее число осложнений составило 21,05%, при летальности 15,7%. Во второй группе пациентов число послеоперационных осложнений возросло до 37,5%, в то время как летальность снизилась до 12,5%. В третьей группе больных нами отмечено снижение количества осложнений и летальности соответственно до 12% и 8%.

В клинике находилось 62 пациента с терминальной фазой перитонита. Исходя из объема оперативного вмешательства и выбора метода его завершения мы выделили 3 группы:

1 группа - после удаления источника перитонита проводилась санация брюшной полости с ушиванием последней наглухо - 25.

2 группа - удаление источника перитонита и санация брюшной полости завершалась налаживанием фракционного перитонеального диализа - 21.

3 группа - у больных данной группы применялось "открытое" ведение брюшной полости, т.е. лапаростомия - 16.

У 16 больных первой группы несмотря на проводимое в послеоперационном периоде лечение отмечалось прогрессивное ухудшение общего состояния и соответственно клинко-лабораторных показателей. 3 больных умерло в первые сутки после оперативного вмешательства на фоне некоррегируемых нарушений сердечной деятельности, у 2 больных отмечалось развитие эвентрации в гнойную рану на 4-5 сутки послеоперационного периода. У всех указанных больных в послеоперационном периоде отмечался некупируемый парез кишечника, а также явление сердечно-легочной и печеночно-почечной недостаточности, летальный исход отмечен у всех 16 больных (64,38%).

У 6 больных второй группы отмечалось на 3-4 сутки неадекватное функционирование отводящих дренажей, что создавало застой диализата и выпота брюшной полости. У 4 больных выявлено истечение диализата через швы срединной раны, что в последующем у 2 больных привело к эвентрации. У 3 больных послеоперационный период осложнился развитием флегмоны передней брюшной стенки, которая диагностирована на 4-5 сутки и потребовала повторного вмешательства. Все указанные осложнения отмечались на фоне прогрессирующего перитонита и в 11 случаях закончились летальным исходом (52,38%).

В группе пациентов, где выполнялась лапаростомия и проводились плановые санации брюшной полости летальный исход отмечен у 4 больных (25%). 2 больных с перфорацией злокачественной опухоли кишки. 1 больной с травмой органов брюшной полости и 1 с деструктивным панкреатитом, причем некупированный прогрессирующий перитонит при аутопсии отмечен у 1 больного с тотальным панкреоскрозом и гнойным парапанкреатитом, т.е. перитонит по сути с неудаляемым источником. Больные с перфорацией опухоли толстого кишечника и травмой органов брюшной полости умерли на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности.

Подводя итог анализу хирургического лечения больных распространенным перитонитом, сравнивая методы лечения этих пациентов, число возникших послеоперационных осложнений и летальность, мы сделали вывод:

1) в реактивную фазу распространенного перитонита необходимым и достаточным является одномоментная санация брюшной полости после удаления источника перитонита и адекватное дренирование в зависимости от локализации источника;

2) оптимальным вариантом завершения оперативного вмешательства у больных с токсической фазой перитонита является метод А.В.Шотта;

3) у самой тяжелой группы больных с терминальной фазой перитонита необходимым условием для успешного лечения является наложение

лапаростомы как завершающего этапа хирургического вмешательства.